UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

PAR

FAN CHI-HOANG

Né le 12 Mai 1898, à Tingchow (Chine)

Ancien interne des

Hôpitaux de Tours

A PROPOS DE

Trois cas de Rupture Traumatique totale et transversale du rein droit

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE

LES PRESSES MODERNES

45, rue de Maubeuge

Ateliers à Troyes (Aube)

1928

A PROPOS DE TROIS CAS DE RUPTURE TRAUMATIQUE TOTALE ET TRANSVERSALE DU REIN DROIT

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1928 — N° —

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

PAR

FAN CHI-HOANG

Né le 12 Mai 1898, à Tingchow (Chine)

Ancien interne des
Hôpitaux de Tours

A PROPOS DE

Trois cas de Rupture Traumatique totale et transversale du rein droit

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE
LES PRESSES MODERNES
45, rue de Maubeuge
Ateliers à Troyes (Aube)
—
1928

LE DOYEN : M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER...	Pathologie médicale.
GATELLIER...	Pathologie chirurgicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER.	Urologie.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.

MM.	
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL..	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
QUÉNU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
SÉZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.	
RETTERER....	Histologie.
TANON.....	Pathologie médicale.

IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
LE LORIER....	Clinique obstetricale.
LEREBOULLET..	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI.....	Clinique médicale.
MOCQUOT.....	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
VILLARET.....	Clinique médicale.

V. CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLET-BERT.....	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon arrière grand'mère

A la mémoire de mon grand père

Médecin célèbre Chinois.

A ma grand'mère

A mon père

Docteur en Droit et en Médecine,
Ancien Médecin Principal
de l'Armée Fukinaise à Tingchow (Chine).

A ma mère

A mes frères

A ma sœur

A tous mes parents

A tous mes amis

A mon président de thèse

Monsieur le Professeur LEJARS,

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter de présider notre Thèse.
Hommages respectueux.

A mon maître

Monsieur le Docteur LAPOINTE,

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine,
Officier de la Légion d'Honneur.

Qui a bien voulu nous faire profiter de son enseignement.

A mon maître

Monsieur le Docteur GUILLAUME-LOUIS,

Professeur à l'Ecole de Médecine de Tours,
Chirurgien de l'Hôpital Général de Tours,
Membre Correspondant de la Société de Chirurgie,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

En témoignage de notre très profonde et très respectueuse gratitude, pour nous avoir si bien formé dans son Service et nous avoir permis de publier son observation inédite et si intéressante.

A mon maître

Monsieur le Docteur Marcel BARRET,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angoulême.

Qui nous a insipré le sujet de ce travail et nous a aidé de ses conseils. Nous témoignons notre profonde reconnaissance.

A mes maîtres dans les Hôpitaux :

TOURS:

Monsieur le Docteur GAUDEAU,

Professeur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie ; Médecin de l'Hospice Général et de l'Asile Gatien de Clocheville (Hôpital des Enfants Malades) : Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Docteur L. N. LAPEYRE,

Professeur de Clinique Chirurgicale de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie ; Chirurgien de l'Hôpital Général ; Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Dicteur P. TILLAYE,

Chirurgien de l'Asile Gatien de Clocheville (Hôpital des Enfants Malades) ; Professeur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie ; Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Docteur A. THIERRY,

Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie ; Professeur de Clinique Obstétricale de l'Ecole de Médecine ; Accoucheur à la Maternité de l'Hôpital Général ; Chevalier de la Légion d'Honneur.

Monsieur le Docteur Bosc,

Médecin de l'Hôpital Général ; Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Docteur Chevé,

Chirurgien de l'Hôpital Général ; Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Nous tenons également à exprimer toute notre reconnaissance pour leurs bons enseignements, à MM. les Docteurs Bondouy, Boivin, Coste, le regretté professeur Dubreuil-Chambardel, Faix, Huc, Malet, Magnan, A. Mercier, R. Mercier, Meunier, Pignède, A. Vialle, et tous ceux que nous ne pouvons nommer, qui furent nos Maîtres à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie, et dans les Hôpitaux de Tours.

ANGOULÊME :

Monsieur le Docteur Duroselle,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu ; Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Docteur Godineau,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu ; Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Messieurs les Docteurs Decressac, Dognon, Fournier, Pouget, Texier, Trousset, Médecins de l'Hôtel-Dieu.

ROCHEFORT-SUR-MER :

Monsieur le Docteur Albert Jacque,

Médecin de l'Hôpital Saint-Charles ; Ancien interne des Hôpitaux de Bordeaux.

Monsieur le Docteur Ponduel,

Médecin et Accoucheur à l'Hôpital Saint-Charles.

Nous adressons également l'expression de notre reconnaissance à tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à notre travail.

Sur le point de quitter ce beau pays de France, où nous avons senti se développer en nous l'amour de la Médecine, nous ne saurions nous rappeler sans émotion l'hospitalité si accueillante et si bienveillante que nous avons trouvée auprès de nos maîtres, amis et camarades français. C'est elle qui bien souvent a adouci en nous le regret de notre lointain pays que nous n'avons pas revu depuis neuf ans.

PLAN

I. — INTRODUCTION
II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE — Distinction sur les degrés des lésions du rein. Classification de nos cas.
III. — MÉCANISME
IV. — SYMPTOMATOLOGIE

TRIADE SYMPTOMATIQUE
1. *Douleur.*
2. *Hématurie.*
3. *Hématome péri-rénal.*

A. SIGNES DE RÉACTION PÉRITONÉALE :
1. *Contracture.*
2. *Vomissements.*
3. *Hoquets.*

B. SIGNES GÉNÉRAUX :
1. *Shock.*
2. *Pouls et tension sanguine.*

C. AUTRES SIGNES :
1. *Radio.*
2. *Cathétérisme de l'uretère.*
3. *Ecchymoses symptomatiques.*

V. — DIAGNOSTIC
A — Est-ce une contusion de l'abdomen ?
B — Y a-t-il une coexistence de lésions rénales et de lésions abdominales ?

VI. TRAITEMENT
A — Abstention systématique ou intervention ?
B — Intervention. Indications opératoires.
C — Comment pensons-nous que cette intervention doive être menée ? Conservation ou néphrectomie ?
D — Conservation. Mais comment la comprendre ?
Deux moyens de conservation :
1° La suture,
2° Le tamponnement.
E — Néphrectomie. Avantages de l'intervention précoce.
1° S'il y a une coexistence de lésions rénales et de lésions viscérales, laparatomie médiane. Voie transpéritonéale.
2° S'il y a une lésion rénale confirmée, la voie lombaire classique est meilleure.
F. — Transfusion.

VII. — NOS OBSERVATIONS
VIII. — CONCLUSIONS
IX. — BIBLIOGRAPHIE

Rupture traumatique totale et complète du rein droit

I. INTRODUCTION

Nous avons observé au cours de nos études un cas de rupture traumatique du rein et nous avons pensé, en nous appuyant sur deux cas analogues, que ces trois observations pouvaient servir à l'étude que nous nous proposons.

Ce travail a donc pour objet, non point de retracer la question des traumatismes du rein, dont la thèse de Lardennois (1), a fait l'exposé, mais de préciser quelques points de diagnostic et de thérapeutique, *au cours de certaines ruptures complètes et totales de cet organe.*

Nous nous limiterons uniquement à ces dernières, qui ne sont pas les plus fréquentes.

Dans les traumastimes fermés du rein, les formes les plus habituelles sont la fissure corticale ou la rupture interstitielle. On ne saurait donc les mettre sur le même plan qu'une déchirure totale, qui divise le rein en deux fragments, comme c'est le cas dans nos observations.

(1) Lardennois. Contribution à l'étude des contusions, des déchirures et des ruptures du rein. Thèse de Paris, 1908.

II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Marion (1) distingue :

1° Les infiltrations sanguines caractérisées par des épanchements sous capsulaires ou parenchymateux.

2° Les fissures corticales, dans lesquelles « la capsule propre du rein est déchirée en même temps que la substance rénale ».

3° Les déchirures totales qui intéressent toute l'épaisseur du parenchyme jusqu'au bassinet. Parfois il y a séparation complète de l'organe, en deux ou plusieurs fragments.

4° Les broiements du rein : « l'organe se trouve divisé en une multitude de fragments, ou bien réduit à l'état de bouillie, au moins pour une de ses portions ».

C'est dans la troisième catégorie que peuvent se classer les trois observations que nous rapportons.

Il s'agissait dans ces divers cas d'un section, d'une *sorte de « fracture » médiane, transversale et totale.*

Dans l'observation I, une petite languette de tissu rénal maintenait l'un à l'autre les deux fragments simplement sur la face antérieure. On pouvait considérer en fait que la rupture était complète.

(1) Marion. Traité d'urologie, tome I, p. 216.

L'observation II, était plus démonstrative, la rupture s'étendait complètement d'un bord à l'autre. Les deux fragments se trouvaient écartés l'un de l'autre par un énorme caillot.

L'observation III était une rupture complète transversale. C'est un véritable éclatement, ayant intéressé la substance corticale et la substance médullaire. Nous pouvions également considérer en fait, que la rupture était totale.

III. MÉCANISME

Il est sans doute difficile d'invoquer un mécanisme précis dans ces lésions anatomo-pathologiques .

Celui qui semble satisfaire le plus à l'esprit est ce mécanisme « de flexion de l'organe qui détermine sa rupture ».

Quelle que soit la façon dont elle se produise, il nous parait vraisemblable d'admettre qu'il existe au niveau du hile une ligne, ou une zône de moindre résistance (1), qui se prolonge d'un bord à l'autre. Certains auteurs (Gravitz) (2) ont considéré que ces zônes de moindre résistance se-

(1) Ch. L. Gibson (New-York). 4 cas de rupture du rein chez l'enfant. Saint-Lucke's Hospital Med. and surgical reports, t. III, 1911, p. 25 à 32
(2) Gravitz. Archew. für Klinischechirurgie, t. XXXVIII 1899.

raient multiples, et qu'elles demeurent chez l'adulte les vestiges « des sillons qui séparent le rein en reniculi chez l'embryon ».

Le peu d'épaisseur du parenchyme rénal au niveau du hile et de sa friabilité expliquent mieux comment, en ce point, se fait l'amorce d'une déchirure.

Dans les traumatismes rénaux (1), le rein droit paraît être le plus fréquemment atteint. Nos trois observations sont en faveur de ce siège électif. Est-ce là simple facteur de coïncidence ? N'y-aurait-il pas plutôt une raison anatomique ?

Nous ne serions pas éloignés de le croire.

Le rein droit est d'abord un peu abaissé par rapport au rein gauche. Son pôle inférieur est donc moins bien protégé. Mais, d'autre part, sa moitié supérieure est en rapport avec le foie ; elle est donc « calée » à ce niveau, moins mobile, et alors on s'explique aisément que la partie

---

(1) Legueu. Traité chirurgical d'urologie, 1921, t. II, p. 1353 : Les traumatismes du rein sont incontestablement plus fréquents chez l'homme (95 p. 100) que chez la femme (5 p. 100) ; la femme est moins exposée aux traumatismes d'abord, ensuite et surtout peut-être la forme plus évasée de ses lombes, l'épaisseur de la couche adipeuse, la disposition de ses vêtements (la présence du corset en particulier), sont autant de causes qui dérobent chez elle le rein au traumatisme. De plus, l'organe est plus mobile et, se déplaçant plus volontiers, fuit mieux devant la violence extérieure ; et Küster a pu dire, toutes choses restant égales d'ailleurs, que le traumatisme lombaire contusionnait le rein chez l'homme, en déplaçait celui de la femme.

Les enfants sont plus fréquemment atteints par les traumatismes (roues de voiture en particulier), et de ce fait sont exposés aux contusions rénales. D'après Guterbock, un sixième des contusions rénales concerne des enfants.

Le rein droit est peut-être un peu plus souvent atteint que le gauche (148 contre 114, Küster) ; ce qui est rare c'est la contusion bilatérale, dont il existe à peine une vingtaine de cas.

inférieure qui ressent directement les effets du traumatisme se fléchisse et joue sur la charnière que forme le hile.

IV. SYMPTOMATOLOGIE

D'après les classiques, il existe une sorte de triade symptomatique, à savoir :

I) La douleur ;
II) L'hématurie ;
III) L'hématome périrénal.

Que faut-il penser de ces différents signes ?

I. — *DOULEUR.*

La douleur est un signe de grande valeur. Elle peut être spontanée et provoquée.

La *douleur spontanée* est assez accusée pour gêner les mouvements respiratoires. Dans les instants qui suivent l'accident, elle est extrêmement vive et nous ne l'avons vu manquer dans aucun cas.

Mais la *douleur provoquée* est presque pathognomonique de ces ruptures ou de ces déchirures. La main qui palpe la région lombaire détermine une exacerbation de

la douleur. L'exploration même peut être rendue impossible.

II. — *HÉMATURIE.*

L'hématurie s'observe fréquemment. C'est encore un symptôme de très grande valeur, qui signe la lésion, mais n'en dit pas l'importance.

Comme dit Legueu (1), « elle n'a qu'une valeur indicative, elle ne permet jamais de dire quel est le degré exact de la contusion du rein, et pour ma part je pense qu'elle a une valeur inversement proportionnelle à la profondeur et à la gravité de la contusion rénale ».

Cependant, ce n'est pas un signe constant. L'hématurie peut manquer (2), et il ne faudrait pas éliminer néanmoins le diagnostic de rupture traumatique.

Pourra-t-on tenir compte de la coloration plus ou moins foncée des urines, et en tirer un élément de la gravité des lésions ?

Pas nécessairement. « Il suffit d'une petite quantité de sang pour colorer profondément la masse des urines » (Guyon).

On peut se demander d'ailleurs si l'hématurie serait absolument d'origine mécanique, et si elle aurait toujours un point de départ rénal.

---

(1) Legueu. Bulletin et Mémoire Soc. Chirurgie, nº 2, 5 Mars 1912.
(2) Santy et Aigrot. ... Rupture traumatique du rein sans hématurie. Presse Médicale, 1920, p. 438.

Une lésion de l'uretère en cas de section ou d'arrachement de ce conduit ne pourrait-elle pas déterminer également une hématurie ?

Nous pourrions en trouver la preuve dans l'observation de Nimier (1), qui rapporte l'histoire d'un malade dont l'hématurie contrôlée microscopiquement durait depuis cinq ans avec des intermittences et chez lequel la néphrectomie du rein blessé n'amena aucune sédation des hématuries. Le rein n'y était donc pour rien.

Nous nous sommes posé ces questions en observant chez un de nos blessés (observation I), des urines sanglantes pendant les quelques jours qui ont suivi l'intervention. Comme ces urines étaient très foncées, nous nous sommes demandé s'il ne fallait pas incriminer une hématurie post-opératoire plutôt qu'une élimination tardive de caillots.

Quelle que soit l'hypothèse qu'on émette, les paroles de Legueu restent vraies « hématurie n'a qu'une valeur indicative ».

III. — *HÉMATOME.*

En est-il de même de l'*hématome périrénal ?*

Parlant de ce symptôme, Lardennois écrit dans sa thèse : « L'hématurie avertit de la lésion rénale, l'hématome en mesure le degré. Il signifie de la capsule propre et hémorragie interne rétro-péritonéale ».

---

(1) Nimier. Comptes rendus de la Société de Chirurgie, 8 juin 1898.

« Les anciens auteurs, ajoute-t-il, mentionnent assez peu l'hématome dans leurs observations, et souvent il est pour eux, après s'être infecté, une trouvaille d'autopsie. Aujourd'hui que les diverses méthodes de palpation du rein sont bien connues, que l'art de l'exploration abdominale a fait de considérables progrès, l'épanchement périrénal ne doit plus passer inaperçu ».

La présence de ce signe nous paraît contestable dans un certain nombre de cas et surtout dans les premières heures qui suivent l'accident.

Si cet épanchement de sang dans le tissu cellulaire périmal existe toujours, il ne s'ensuit pas qu'il se manifeste objectivement à la palpation. Et nous ne pensons pas que les méthodes modernes d'exploration abdominale soient différentes des anciennes.

Dans diverses observations où le chirurgien fut contraint d'intervenir d'urgence, ce symptôme faisait souvent défaut, entre autres les exemples rapportés par Le Moniet (1), et Le Jemtel (2).

Dans nos deux premières observations, cette recherche de l'hématome périrénal fut infructueuse. Aucune tuméfaction ne venait soulever la paroi lombaire, ni la paroi abdominale .Et pourtant l'hématome existait anatomiquement. C'est qu'en réalité, comme presque toujours, « il

(1) Le Moniet. Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie, n° 8, 27 Février 1919.
(2) Le Jemtel. Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie, n° 9, 5 Mars 1919.

était voilé sous la défense musculaire, sous la contracture qui est toujours symptômatique d'une lésion traumatique » (Legueu (1).

Par contre, dans notre observation III, l'examen physique a montré une tuméfaction d'ailleurs peu accentuée de la région lombaire droite, accompagnée d'une ecchymose. La palpation décèle à ce niveau une masse qui prend le contact lombaire et provoque de la douleur. Il signifie alors déchirure grave du rein et hémorragie interne rétro-péritonéale.

Cependant, pour nous, la gravité d'une contusion du rein sera donnée :

A) Par des signes de réaction péritonéale.

B) Par les symptômes généraux.

Plus que la douleur, plus que l'hématurie et plus que l'hématome, cet ensemble de signes dicteront la ligne de conduite du chirurgien.

« Existe-t-il, disait Tuffier (2), un seul symptôme caractéristique et commandant à lui seul l'intervention, et par conséquent démontrant que le malade peut guérir seul. Je m'inscris en faux contre cette assertion ».

En réalité il n'existe pas un seul symptôme, mais un groupe de symptômes.

---

(1) Legueu. Bullet. et Mém. de la Société de Chirurgie, nº 8, 27 février 1912.

(2) Tuffier. Bullet. et Mém. Société Chir. Paris, t. XXXVIII, nº 8, 28 Février 1912, p. 322. Observation Le Moniet (Discussion par Tuffier).

A. — Signes de réaction péritonéale

Parmi ceux-ci, les signes de réaction péritonéale doivent être considérés comme un facteur de premier plan.

Il est important d'insister sur ce syndrome péritonéal qui se caractérise :

1° Par la contracture.

2° Par des vomissements et accessoirement du hoquet.

1° *Contracture.*

La contracture ne fait jamais défaut. Elle se manifeste en arrière de la région lombaire et en avant, au niveau de la paroi abdominale antérieure.

L'hypochondre est parfois seul le siège de cette contracture. Mais elle peut gagner plus bas la fosse iliaque de même côté, et tout un côté du ventre est dur, tendu, rétracté.

Et alors cette *hémicontracture abdominale sera pathognomonique* d'une rupture grave du rein.

Tantôt sus-ombilicale, tantôt unilatérale totale, elle traduit « l'épanchement de sang qui clive les mésos des colons ascendant et transverse ».

Et par contre, le côté opposé garde une souplesse absolue. Il n'est le siège d'aucune douleur, d'aucune contracture. Cette opposition de symptômes ne saurait tromper. Nous l'avons toujours rencontrée.

2° *Vomissements et hoquet.*

En outre, les *vomissements* (1) sont habituels; ils traduisent l'irritation du péritoine au même titre que la contracture.

Le hoquet que nous avons constaté dans l'observation II, s'explique sans doute par une excitation du diaphragme et des terminaisons du nerf phrenique.

Ces signes peuvent être aussi d'origine réflexe.

« L'ébranlement nerveux causé par le traumatisme suffit à expliquer le hoquet, les éructations, les vomissements, qui sont parfois signalés en dehors de toute atteinte du péritoine » (Lardennois).

Ce syndrome péritonéal donnera la mesure et la gravité de la lésion, surtout s'il vient s'y joindre des signes généraux.

B. — Phénomènes généraux.

1° *Shock.*

Les phénomènes généraux graves peuvent, comme au cours de tout traumatisme, être mis au début sur le compte du *shock*. Mais le shock se dissipe si les lésions sont légères .

Dans nos cas personnels, l'état général était d'emblée

(1) De Quervain. Weber Subkutane intraperitoneale Nierenvertzung. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

assez atteint et les symptômes observés dès le début, faisaient présager des formes sévères.

D'ailleurs l'hémorragie, à part les cas où elle est presque mortelle d'emblée, est habituellement progressive, elle va en augmentant et la surveillance du blessé d'heure en heure permet, en quelque sorte, de la suivre pas à pas.

2° *Pouls et tension sanguine.*

Le Pouls sera alors, comme dans tous les traumatismes abdominaux, un *guide fidèle*, *un guide sûr*. Sa rapidité, sa fréquence, son ampleur (1) seront de bons éléments de pronostic.

En présence d'un pouls qui s'affole, il n'y a pas d'hésitation à avoir, on se trouve devant une forme grave.

Dans l'observation I le pouls s'accélérait d'heure en heure, malgré le sérum.

Dans l'observation II, le pouls était incomptable, à peine frappé ; il ne pouvait s'agir simplement d'un shok.

Dans l'observation III, le pouls est petit.

Hemicontracture abdominale plus *pouls*, tels sont les deux symptômes cardinaux d'une forme grave de traumatisme rénal.

Reprenant la phrase de Lardennois, nous pourrions

(1) Un examen de la pression sanguine au moyen de l'oscilomètre de Pachon sera susceptible de rendre des services appréciables ; et si à quelques heures d'intervalle on constate une baisse accentuée de la pression minima, il faudra considérer que le sujet saigne de façon inquiétante.

dire : « L'hématurie avertit de la lésion rénale, la contracture et le pouls en mesurent le degré ».

C. — Autres signes

1° *Radio.*

Quant à la radiographie elle serait peut-être susceptible de montrer les moindres inégalités de la surface du rein; mais quand la rupture est grave, le rein se trouve enveloppé d'un hématome qui en voile les contours. Il est douteux qu'elle soit capable de préciser les lésions.

2° *Cathétérisme de l'uretère.*

Le cathétérisme dans les formes graves est le plus souvent inutile ; puisque le siège du traumatisme permet de localiser nettement le rein atteint. D'ailleurs quel serait son intérêt, puisque nous avons des signes autrement importants pour faire le diagnostic de la gravité.

« Aucune des explorations instrumentales, dit Legueu (1), qui nous rendent tant de services en d'autres circonstances, ne peuvent ici nous servir. Le cathétérisme de l'uretère m'a permis parfois de localiser sur un côté une contusion rénale que je ne pouvais localiser, *mais il ne m'a jamais permis de faire la distinction entre une consultation grave et une contusion légère* ».

Donc le cathétérisme de l'uretère n'est pas recomman-

(1) Legueu. Bull. et Mém Soc. Chirurg., 21 Février 1912, page 320.

dable dans le cas de rupture du rein. D'ailleurs, étant donné l'état de gravité du blessé, le cathétérisme urétéral est difficile à pratiquer, malgré les instruments les plus perfectionnés.

Le cathétérisme peut d'ailleurs être la source de dangers dont l'infection n'est pas la moins grave.

Une vessie remplie de sang contenant des caillots, ne demande qu'à s'infecter.

Exemple : l'Observation III de la thèse de Lardennois (Thèse de Paris 1908), consécutivement à un seul cathétérisme trop précipité, désinfection vulvaire insuffisante, présenta de légers phénomènes avec de la cystite qui l'inquiétèrent beaucoup, mais qui cédèrent heureusement après lavages.

D'ailleurs, la cystite peut alors être le point de départ d'une affection ascendante vers le rein non atteint par le traumatisme, et qui devra à lui seul, si une intervention s'impose du côté opposé, assurer la fonction rénale.

3° *Ecchymoses symptômatiques.*

Nous ne parlerons pas trop ici des ecchymoses symptômatiques (1) que nous n'avons pas observées chez nos malades, qui sont des signes tardifs et n'apparaissent qu'au quatrième ou sixième jour. Sebileau (2) a publié

(1) Gargam, dans sa thèse de Paris, 1881, a insisté sur ce symptôme, et a minutieusement décrit le point où l'ecchymose peut être symptômatique.

(2) Sébileau. Journ. de Médecine de Bordeaux, 1881, page 18.

une observation dans laquelle on voit que la tache sanguine symptômatique n'apparaît dans l'hypocondre droit que trois semaines après l'accident.

Cependant dans notre observation III, il existait une légère ecchymose superficielle précoce, qui peut renseigner sur la façon dont a agi le traumatisme.

V. DIAGNOSTIC

En présence d'un blessé atteint d'un traumatisme de l'abdomen, chez lequel on suspecte une lésion rénale, plusieurs problèmes se posent :

A. — Est-ce une contusion de l'abdomen ?

On peut croire à une contusion de l'abdomen, et il faut avouer que beaucoup de signes peuvent y faire songer.

Legueu rapporte le cas d'un malade qui présentait des signes de contusion de l'abdomen, où il pratique la laparatomie sans rien trouver. Comme ce malade ne présentait aucune hématurie par ailleurs, « j'ai pensé, dit-il, qu'il n'avait rien du côté du rein. A l'autopsie, le pédicule rénal fut trouvé complètement rompu, et le rein par lui-même était intact ».

Le Jemtel (1) n'intervient pas immédiatement dans un traumatisme analogue « si je m'étais décidé à intervenir à ce moment là, j'aurais certainement pratiqué une laparatomie. Les signes importants paraissaient beaucoup plus abdominaux que rénaux ».

Dans un cas rapporté par Jefferson (2), les signes péritonéaux étaient nets, avec prédominance très marquée, puisque l'auteur avait fait le diagnostic de péritonite.

A l'intervention (laparotomie), il trouva dans le péritoine une grande quantité de sang libre et de caillots. Une fissure périrénale avait permis au sang épanché dans la fosse rénale d'envahir la cavité péritonéale.

On pourrait citer un très grand nombre d'exemples analogues.

Nous-même avons eu l'occasion de nous tromper (observation II). Les signes étaient abdominaux et le diagnostic de plaie du foie avec possibilité de contusion rénale, avait été porté.

En réalité, ces erreurs sont à demi excusables, puisqu'on se trouve en présence d'une réaction péritonéale. Cependant cette dernière présente quelques particularités. Nous avons insisté sur l'unilatéralité de la contracture abdominale antérieure, qui fait rarement défaut dans les

---

(1) Rapport de Legueu. Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, t. XXXVIII, n° 9, 5 Mars 1912, p. 349.

(2) Jefferson (Rochdale). Jour. de Chirurgie, t. XXIII, n° 3, Mars 1924, p. 308. Un cas de déchirure du rein par traumatisme indirect.

formes graves. C'est un signe distinctif qui garde une valeur absolue, surtout s'il s'accompagne d'hématuries.

Dans l'observation II, nous nous étions laissés égarer à tort, et cette erreur aurait pu être évitée, puisque nous avions là ce symptôme majeur. Une lésion viscérale s'accompagne presque toujours d'une réaction abdominale généralisée. Il peut y avoir maximum de contracture en un point, mais elle n'en reste pas moins totale.

B. — Y-a-t-il une coexistence de lésions rénales et des lésions abdominales ?

Le problème peut se poser différemment.

Il y a coexistence de lésions rénales et lésions abdominales. Nombreux sont les cas de ce genre. Alors les symptômes abdominaux sont prédominants. Ils masquent les symptômes rénaux, même si on pense à une contusion rénale, en raison des hématuries, la symptomatologie n'est pas habituelle. La contracture est plus étendue, généralisée. N'en avons-nous pas un exemple très net dans l'observation de Barnsby (1) ? Il s'agissait d'un éclatement du rein avec inondation péritonéale chez un contusionné de l'abdomen. Le malade présentait une grosse *réaction péritonéale*, des symptômes d'hémorragie interne, et des urines sanglantes. Il n'y avait pas de lésions viscérales nettes, mais un épanchement de la grande cavité.

(1) Barnsby. Journal d'Urologie, 1919, t. VIII.

VI. TRAITEMENT

A. — Abstention systématique ou intervention

Des controverses nombreuses ont séparé les chirurgiens dans la conduite à tenir lors des contusions rénales. Ceci s'explique du fait que sous ce terme un peu général, on entend des lésions tout à fait dissemblables dans leur gravité.

Il semble bien que dans les formes graves avec des signes d'anémie aiguë et progressive, l'intervention se pose d'une manière formelle.

B. — Intervention. Indications opératoires

Lejars écrit dans son traité de chirurgie d'urgence (1) :

« Les interventions immédiates trouvent rarement leurs indications dans la grande majorité des contusions rénales, mais on ne saurait, sans le plus grand danger, faire de l'abstention « d'emblée », une règle générale de conduite et des exemples personnels l'ont démontré à un grand nombre de chirurgiens ».

Dans ces paroles pleines de mesure, n'est-ce pas reconnaître la nécessité d'intervenir dans certains cas.

(1) Lejars. Chirurgie d'urgence, p. 356.

D'autres, Paul Delbet (1) pensent que l'intervention immédiate n'est indiquée que si l'on soupçonne une rupture du péritoine et une hémorragie intrapéritonéale ».

Lardennois, étudiant dans sa thèse les indications de l'intervention, conclut « qu'il y a un immense intérêt à intervenir dès que le danger apparaît ; cela n'est pas douteux. Et le véritable danger, c'est l'hématome. L'hématurie n'est pas mortelle, à moins de trop durer ; elle ne fait courir aucun péril au blessé, pourvu que la vessie soit aseptique. Mais l'hématose est une menace pour l'individu et pour le rein. En quelques heures, avec une affolante rapidité, l'épanchement sanguin peut emporter le blessé.

« Des vaisseaux, peut-être importants, sont en train de saigner, l'accroissement de l'hématome dit avec quelle abondance ; le sang coule avec assez de force pour distendre la loge rénale ; tout caché qu'il est, ce saignement ne doit-il pas préoccuper le chirurgien, et n'appelle-t-il pas son intervention ? »

« Nous considérons, conclut-il, l'hématone comme une indication formelle, dès qu'il atteint des dimensions considérables, lorsqu'il dépasse une ligne horizontale passant par l'ombilic. Autrement dit, s'il n'existe que de l'hématurie, il faut des signes d'anémie très graves pour justifier l'intervention ».

---

(1) P. Delbet. Annales des maladies des organes génito-urinaires, Juin 1901, p. 668.

Nous ne pouvons que souscrire à cette manière de voir. Cependant nous croyons que l'hématome est un signe infidèle, en ce sens qu'il n'est pas constant ou difficile à apprécier.

Il est voilé par une réaction péritonéale, *par une contracture musculaire qui prend la même valeur que lui.*

Quand la contracture siège non seulement dans la région lombaire, mais a tendance à gagner la paroi abdominale antérieure, alors on peut sans hésitation faire le diagnostic d'une forme sévère. Car c'est là en réalité, que gravite tout le problème.

Ajoutons à cela, ou bien des signes d'anémie intense, ou bien des signes généraux qui d'heure en heure se modifient, un pouls qui s'affaiblit, et nous aurons des signes de certitude d'une rupture grave.

Et alors nous nous demandons s'il est sage de temporiser, comme on l'a préconisé. N'est-il pas plus indiqué d'intervenir immédiatement, d'aller juger des lésions in situ et d'être en mesure de parer à des complications fâcheuses.

« On aurait tort de croire qu'attendant pour ouvrir l'hématone, on soit absolument assuré d'une hémostase définitive ». Lejars (1) raconte l'histoire d'un blessé traumatisé du rein dont l'état nécessita, un mois et demi après l'accident, une intervention. Cette dernière montra un vaste

(1) Lejars. Chirurgie d'urgence, page 359.

épanchement de sang et l'écoulement de sang frais-rouge qui semblait jaillir du fond avec abondance.

Cet exemple montre bien que la reprise d'une hémorragie reste donc toujours menaçante, et on ne voit guère l'intérêt des temporisations.

Mais même si les choses s'arrangent momentanément, on aura souvent la main forcée dans les jours qui suivront (1) car l'infection est fréquente du sixième au dixième jour, « la collection grossit, la fièvre s'allume, l'état général s'altère et finalement on est contraint d'intervenir au milieu de difficultés plus grandes et avec des chances de succès moindres que dans les premiers jours.

« Ces phlegmons périnéphrétiques consécutifs à une déchirure du rein ne se présentent pas en effet comme des abcès hématiques purs et simples, comme des collections de dimensions variables, bien circonscrites d'évacuation et de détersion faciles, que l'incision simple et le drainage suffisent à guérir. Ce sont, dans l'immense majorité, des cas de phlegmons urineux ». Lejars.

C. — Comment pensons-nous que cette intervention doive être menée ?

Si nous admettons que dans ces formes graves, la conduite la plus logique soit l'intervention, comment pensons-nous que cette dernière doive être menée ?

---

(1) A la suite d'une contusion rénale peuvent survenir toute une série d'accidents ou complications, se montrant à des périodes plus ou moins tardives, et dont certains sont graves pour menacer la vie des blessés et nécessiter une prompte intervention.

Conservation ou Néphrectomie ?

Dans les ruptures graves que nous rapportons, toute intervention autre que la néphrectomie nous eût semblé impossible.

En raison de l'étendue et du siège des lésions, en raison des difficultés qu'on a parfois à reconnaître les vaissaux et leur déchirure dans un épanchement de caillots abondants, la néphrectomie paraît le meilleur traitement.

C'est dans ces formes graves la seule opération qui donnera, sinon pleine satisfaction au chirurgien, tout au moins pleine sécurité, et ce facteur entre en ligne de compte lorsqu'il s'agit de la vie d'un blessé.

A cette catégorie de lésions, ne saurait s'appliquer la phrase de Lardennois (1). « On pratique certainement trop de néphrectomies ».

« Pour conserver le rein, dit-il, toute l'ingéniosité de l'opérateur devra s'employer. Le temps est passé où l'acte chirurgical consistait essentiellement en l'amputation des organes affectés. Cette chirurgie élémentaire, osons-nous dire, était imposée par les circonstances. Aujourd'hui le rôle du praticien est généralement plus délicat, moins brillant, plus utile. Prompt à l'intervention, il doit savoir être, quand il le faut un patient raccomodeur ».

Et il ajoute :

« L'opération conservatrice est-elle dangereuse pour le

(1) Lardennois. Loc. citat., p. 141.

blessé, l'expose-t-elle à des accidents ? Non. Elle donne d'admirables résultats opératoires, et auprès d'elle la néphrectomie fait mauvaise figure ».

Il apporte une statistique de 59 néphrectomies précoces ayant été suivies de 14 morts, tandis que la suture aurait donné des résultats bien plus encourageants.

Mais là encore, nous pensons que la comparaison porte sur des cas dissemblables. Si la néphrectomie fait mauvaise figure, ne s'agissait-il pas de cas beaucoup plus graves. En analysant ces observations nous voyons, en effet, que :

1 fois, le colon était contus.

3 fois, il y avait des lésions viscérales abdominales.

2 fois, le péritoine était déchiré.

1 fois, l'autre rein était contus.

Cette concomittance d'autres lésions n'est-elle pas suffisante pour justifier une plus grande mortalité opératoire ?

D. — Conservation. - Mais comment la comprendre ?

Nous admettons bien que la conservation soit préférable. Mais comment la comprendre ?

Dans les cas où un pôle seul est arraché, rompu, il n'y aura aucun inconvénient à laisser le rein en place, après suture de la tranche.

En est-il de même dans les ruptures transversales, totales et complètes ?

Les deux moyens de conservation qui s'offrent au chirurgien, sont :

1° La suture ;

2° Le tamponnement.

1° *La suture.*

La suture a été préconisée et des résultats heureux ont été enregistrés.

Dans l'observation rapportée dans l'excellente thèse de Cartron (1), le rein était déchiré transversalement, au niveau de son bord inférieur. Par la brèche le doigt arrivait presque au bassinet. Le blessé guérit parfaitement. Mais dans cet exemple comme dans bien d'autres, *nous n'avons aucun renseignement sur la valeur fonctionnelle ultérieure* de ce rein. C'est pourquoi nous trouvons un peu trop absolues et excessives les conclusions de l'auteur, qui s'exprimait en ces termes : « L'expérimentation et la clinique ayant démontré la bénignité des plaies du rein et leur réparation rapide, nous estimons que toutes les fois qu'il existe rupture, l'on doit pratiquer la néphrorraphie, c'est-à-dire la suture de la plaie ».

Le cas de Fredet (2) est assez instructif. A l'intervention, l'auteur trouve un pôle supérieur détaché et basculé en dehors, au-dessous le rein est profondément fendu

(1) Carton. « De la conservation dans les ruptures sous-cutanées du rein ». Thèse de Bordeaux, 1904.

(2) Fredet. Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris, 8 décembre 1908. Rapport de Morestin.

sur son bord interne jusqu'au hile ; une profonde fissure divise la face antérieure, depuis le hile jusqu'au bord externe ; une fissure non moins profonde, mais plus haut située, entaille la face postérieure du bord externe jusqu'au hile, et elle se complique d'une fissure secondaire qui remonte en haut et en dehors ».

Les lésions étaient graves, mais il ne s'agissait pas réellement d'une rupture en deux fragments. L'auteur fit une suture, « surtout parce que le sujet était cardiaque et albuminurique ».

Dans une observation rapportée par Le Moniet (1), il s'agissait encore de fissure, et la suture fut possible.

Le cas de Lardennois (2) — observation IV de sa thèse — est plus intéressant. Le rein présentait « une rupture totale, une déchirure complète courant sur chaque face et rejoignant l'autre niveau du bord convexe ». La suture fut faite par cinq fils de catgut n° 3.

Dans ces exemples, la suture fut suivie d'heureux résultats. Et de fait, nous la croyons réalisable surtout lorsque la rupture est éloignée de la ligne médiane. Malgré tout, ce qui importe plus que la conservation d'un organe, c'est le fonctionnement de cet organe. Et à cet égard, il faut juger d'une méthode sur les résultats éloignés qu'on peut en attendre.

---

(1) Le Moniet. Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris, 27 Février 1912. Rapport de Legueu, p. 318.
(2) Lardennois. Loc. cit., p. 161.

Les deux observations, l'une de Fredet (le rein ne présentait que des fissures), l'autre de Lardennois, se rapprochant plus spécialement des cas que nous envisageons ici, sont fort intéressantes, puisqu'elles nous donnent la valeur des reins traités par la suture.

Dans le cas de Fredet, la séparation des urines a montré que le rein lésé secrétait une quantité d'urine sept fois moins considérable que l'autre rein.

Le cas de Lardennois (observation IV de sa thèse), où les lésions étaient plus graves, donne un résultat meilleur ; le rein suturé avait un fonctionnement égal au quart de celui du rein gauche. Le cathétérisme des uretères fut pratiqué trois mois après l'accident.

Il serait profitable de connaître les résultats lointains, et de savoir s'ils se sont maintenus. Les renseignements de ce genre font défaut.

Morestin (1) en rapportant l'observation de Fredet, pouvait dire : « La suture de rein est toujours possible et même relativement facile. Elle permet de rétablir la figure de l'organe et quand l'affrontement est obtenu, suffit pour arrêter l'écoulement sanguin. Mais pour séduisante que soit cette pratique, il est bien claire qu'elle ne saurait empêcher la formation, au niveau des déchirures, des cloisons cicatricielles plus ou moins épaisses séparant pour toujours, anatomiquement, les fragments rappro-

(1) Morestin. Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 8 Décembre 1908.

chés ; il n'est pas douteux non plus qu'en étreignant le parenchyme, les fils ne doivent contribuer à détruire une certaine quantité de substance rénale. Si ces fils sont très multiples, le soin même que l'on aura apporté à la suture pourra contribuer à diminuer la valeur de l'organe conservé. Aussi me paraît-elle surtout indiquée dans les cas où les déchirures ne sont pas nombreuses.

Si le rein est très fragmenté, elle va contre son but et pourra être remplacée avantageusement par un simple tamponnement qui, tout en assurant l'hémostase, laisserait vivre tout ce qui, de l'organe, n'aurait pas été compromis par le traumatisme lui-même ».

Et Legueu, dans la même discussion, parlant des contusions rénales en général et sans s'attacher cependant aux formes graves, énonçait que « sur ces reins conservés, 10 % environ restent malades, s'infectent secondairement et meurent, ou conduisent à la néphrectomie secondaire ».

Cette manière de voir est celle de Chevassu (1), qui écrivait, en 1918, à propos de la plaie de guerre du rein : « La suture convenable des éclatements rénaux est d'une réalisation difficile. Le tamponnement, sur un organe mobile comme le rein, ne me paraît pas avoir jamais arrêté que des hémorragies qui se seraient d'elles-mêmes arrêtées spontanément ».

---

(1) Maurice Chevassu. Bull. et Mém. de la Sté de Chirurgie de Paris, 16 Janvier 1918.

2° *Le tamponnement.*

Il ne reste plus que le tamponnement. Cette méthode serait plus sûre au dire de certains, parce qu'elle respecte l'intérieur du parenchyme rénal. Mais nous ne pensons pas qu'elle donne au chirurgien une sécurité absolue immédiate. L'hémorragie secondaire et surtout l'infection et la suppuration, ne sont-ils pas des écueils bien difficiles à éviter par ce traitement ?

Les ruptures totales, transversales du rein, lèsent non seulement le parenchyme rénal, mais encore *les calices et le bassinet.*

Le processus de sclérose qui en résulte nécessairement doit faire penser que la valeur lointaine d'un tel rein est fort compromise.

Aussi ne pouvons-nous que souscrire à ces paroles d'Alamartine (1) : « Du reste, les conservations à outrance sur des reins gravement traumatisés ne semblent pas avoir un gros intérêt, car les quelques examens à distance du fonctionnement des reins ainsi contusionnés, qui ont été publiés, montrent que ces reins ont une valeur fonctionnelle nulle ou très minime ».

Pour des résultats si aléatoires, c'est faire courir beaucoup de risques au blessé.

C'est pourquoi n'hésitons-nous pas à penser que la néphrectomie précoce reste le procédé *le meilleur*, *le plus*

(1) Alamartine. Lyon Chirurgical 1922, p. 811.

efficace et le plus sûr dans le traitement de ces traumatismes graves du rein.

E) Néphrectomie, mais quelle sera la voie d'abord des lésions ?

La question se pose alors, du moment que l'intervention est décidée, de savoir quelle sera la voie d'abord des lésions. Elle peut se poser différemment, si l'on croit à la coexistence de lésions rénales et de lésions viscérales ou non.

1° *S'il y a une coexistence de lésions rénales et de lésions viscérales de l'abdomen.*

Dans pareil cas, aucun doute n'est passible ; une laparotomie s'impose. Elle permettra de vérifier l'état des vescères abdominaux. On sera en droit d'utiliser, si on le veut, la voie transpéritonéale pour aller extirper le rein malade. Le plus souvent, une vaste tuméfaction soulève le péritoine postérieur.

Dans notre observation II, le colon et le grêle étaient rejetés du côté opposé tant l'hématone était abondant.

Il était assez tentant d'effondrer le péritoine postérieur et d'attirer le rein. C'est ce que nous fîmes. Mais l'incision médiane que nous avions utilisée fut insuffisante et nous fûmes obligés de brancher une incision transversale droite sur cette première incision.

Cette voie d'abord n'est pas la meilleure. On peut y

être amené par les circonstances. Elle a donné de bons résultats à Barnsby (1). Mais quand on utilisera la voie transpéritonéale, il sera préférable et commode de faire l'incision latérale, qui permet de « vérifier l'état du ventre, d'y soigner les lésions qu'on rencontre, et d'intervenir efficacement sur le rein ».

Cependant, nous croyons préférable, si l'ouverture de l'abdomen ne révèle aucune lésion de refermer la paroi et de faire une deuxième incision, l'incision classique, l'incision lombaire.

2° *S'il y a une lésion rénale confirmée, la voie lombaire classique est meilleure.*

Dans tous les autres cas où le diagnostic est posé avec certitude, la voie lombaire est sans conteste la meilleure. Comme dit Lardennois (2), elle est la plus commode, la plus sûre, celle qui permet le mieux le drainage ».

F) Transfusion

Enfin il faut insister sur le bénéfice que peuvent tirer ces grands blessés, ces grands traumatisés, de la transfusion sanguine. Cette transfusion, qui sera pré ou post-opératoire, aura parfois les plus heureux effets.

---

(1) Barnsby. Journal d'urologie, 1919, t. VIII.
(2) Lardennois. Loc. cit., p. 144.

VII. OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

S... Léon, 15 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angoulême le 3 Juin 1927, vers 15 heures.

En se balançant à un arbre, le blessé tombe d'une hauteur d'environ un mètre sur le flanc droit, qui vient heurter contre une barre de fer. Il ressent immédiatement une douleur extrêmement vive, mais peut se relever et marcher pendant quelques mètres. Il est amené alors à l'hôpital vers deux heures de l'après-midi.

A son entrée, le blessé est très pâle, assez shocké ; le nez est froid, les lèvres décolorées, mais le pouls est bien frappé, il bat à 64. Quelques vomissements.

Le blessé se plaint surtout du ventre, en particulier de la partie droite de l'abdomen. Mais il souffre aussi de la région lombaire.

A l'examen, on constate une hémicontracture droite de la paroi abdominale antérieure. Cette contracture existe aussi dans la région lombaire du même côté. Le palper est extrêmement douloureux, surtout en arrière. Il ne permet pas de percevoir la tuméfaction nette ou d'empâtement.

Par contre, la région abdominale gauche garde une souplesse absolue. Ni douleur, ni contracture.

Depuis le début de l'accident : émission d'urines sanglantes.

Le diagnostic se pose avec certitude : Il s'agit d'une contusion rénale droite. Mais comme le pouls est bon, on ne se hâte pas

d'intervenir. Dans la soirée, le pouls s'accélère : à 17 heures, il est à 90 ; à 21 heures, il est à 120. Malgré le traitement habituel (Sérum, huile camphrée, etc...) l'état général ne s'améliore pas ; le blessé est toujours très pâle, le côté droit très douloureux et toujours contracturé.

Devant l'aggravation des symptômes, on se décide à intervenir :

Intervention (Barret-Fan Chi-Hoang).

Anasthésie à l'éther.

Incision de Guyon. L'ouverture de la loge rénale laisse échapper une énorme quantité de sang et de caillots. Section primitive de l'uretère. Ligature et section du pédicule rénal. Ablation du rein. Mèches et drain. Transfusion de sang avec l'appareil de Jubé.

Examen de la pièce : Le rein présente une section complète, transversale à la partie moyenne. Les deux fragments sont simplement réunis sur la face antérieure par une petite languette de tissu rénal. En fait, on peut les considérer indépendants l'un de l'autre.

Suites opératoires :

1er jour. — Rétention d'urine, nécessité de sonder le blessé, urines sanglantes, temp. 38°6. Pouls 120.

2e jour. — Emission spontanée. 1.800 gr. Urines sanglantes, temp. 37°6. Pouls 100.

3e jour. — Urines : 1200 gr. temp. 37°. Pouls 90.

4e jour — Urines encore légèrement teintées de sang, 1.200 gr. temp. 37°. Pouls 80.

Guérison complète au quinzième jour.

Epreuve de la pheno-sulfone-phtaléine : 50 à 55.

Revu en Août et en Novembre : Rien d'anormal.

OBSERVATION II

(Barret-Guillot. Société Anatomique. Paris, 7 Janvier 1926)

M. X... Emile, 33 ans. Le 2 Janvier 1926, fait une chute d'une hauteur de 6 mètres sur l'abdomen, contre le bord d'une cuve métallique, puis tombe à la renverse sur le dos.

Amené à l'Hôpital Tenon, il présente à son entrée des signes de contusion abdominales : façies pâle, anxieux, pouls fréquent, nez et extrémités refroidis, respiration accélérée, ventre souple, sauf dans l'hypochondre droit, où le blessé accuse une douleur extrêmement vive au palper. Défense musculaire à ce niveau. A noter une hématurie. Mais l'examen de la fosse lombaire ne donne aucun renseignement appréciable. On tente vainement de réchauffer le blessé. L'état devenant de plus en plus alarmant (hoquet, pouls incomptable), on décide l'intervention (on pense à **une plaie du foie,** avec possibilité de contusion rénale).

Intervention (Barret-Guillot).

Ether. Laparotomie verticale médiane, qui fait saillie à droite en dehors du colon ascendant. Incision du péritoine pariétal postérieur. La loge rénale est remplie de sang et de caillots. Le rein droit est sectionné transversalement en deux fragments de grandeur égale. Ces fragments, complètement libres, montrent une déchirure oblique et taillée en biseau, aux dépens des faces antérieure et postérieure. Le pédicule tient au fragment supérieur. Ligature du pédicule. Néphrectomie.

Après l'opération, on pratique une transfusion de 250 gr. de sang citraté, qui remonte le blessé, mais l'effet est transitoire. La mort survient à 21 heures.

OBSERVATION III (inédite).

Communiquée par notre Maître, le Docteur Guillaume-Louis.

Marcel G... m'est envoyé le 7 Juin 1921, à la Clinique Velpeau, par le Dr Lebas.

Cet homme, âgé de 35 ans, et exerçant la profession de maçon, est tombé d'un échafaudage, et je l'examine cinq heures après l'accident.

Le blessé est pâle, anémié; le pouls est petit, la respiration est rapide. On a peu de renseignements sur les circonstances de l'accident, et Marcel G... ne peut notamment pas préciser comment il est tombé. Mais assez rapidement il a éprouvé une douleur violente dans la région lombaire droite, et un cathétérisme vésical pratiqué par le Dr Lebas a évacué de l'urine sanguinolente. Trois heures après, il y a eu une émission spontanée d'urine nettement sanglante.

L'examen physique montre une tuméfaction d'ailleurs peu accentuée de la région lombaire droite, accompagnée d'une légère ecchymose. La palpation décèle à ce niveau une masse qui prend le contact lombaire et provoque de la douleur. La paroi abdominale est contractée. Il n'y a aucun doute : il s'agit d'une déchirure du rein droit. Mais en face de l'état général précaire, on pratique, avant d'intervenir, une transfusion de sang.

Opération.

Incision lombaire pour aborder le rein. La loge rénale est distendue par une grosse infiltration ecchymotique. On enlève rapidement de gros caillots qui sont autour du rein. Une pince est placée sur le pédicule rénal. On voit nettement une déchirure transversale du rein.

Néphrectomie, et ligature du pédicule rénal. Un drain est laissé dans la loge rénale.

L'examen de la pièce rénale a montré une large déchirure

transversale complète du rein. C'est un véritable éclatement, ayant intéressé la substance corticale et la substance médullaire.

Les **suites opératoires** présentèrent quelques incidents : fièvre pendant trois jours — état général très mauvais, qu'on remonte par des injections de sérum glucosé et d'huile camphrée.

Le lendemain de l'opération, il y eut une émission d'urines claires.

Le drain est enlevé au cinquième jour. Les crins sont supprimés le dixième jour, et un mois après l'opération, le blessé rentre chez lui, guéri.

Il a été revu quatre mois après, à l'occasion d'une expertise médico-légale : la guérison se maintenait parfaite.

VIII. CONCLUSIONS

I. Parmi les contusions traumatiques du rein, les ruptures totales et transversales sont toujours des formes graves.

II. Or il importe, en présence de contusion rénale, de faire avant tout, le diagnostic de la gravité.

III. Pour cela, en dehors des signes habituels (douleur, hématuries, etc...) il faut attacher une très grande valeur :

1° Aux modifications de l'état général et en particulier du pouls.

2° A la contracture abdominale antérieure, qui peut être sus ou sous ombilicale, sus et sous ombilicale, mais *qui reste toujours localisée* à un seul côté du ventre. Il faut en effet que l'épanchement de sang masqué par cette contracture, soit très abondant pour que ce symptôme s'observe.

IV. Dans ces formes de rupture totale et transversale du rein, on sera contraint, le plus souvent, de pratiquer la néphrectomie précoce. C'est un procédé immédiatement plus sûr que la suture ou le tamponnement, dont les résultats lointains sont d'ailleurs aléatoires.

Vu : Le Doyen,
ROGER.

Vu : Le Président de Thèse,
LEJARS

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

IX. BIBLIOGRAPHIE

ALAMARTINE. — **Néphrectomie pour rupture traumatique du rein, guérison.** Lyon-Chirurgical, Mai 1921.

BARNSBY. — **Eclatement du rein avec inondation péritonéale chez un contusionné de l'abdomen. Néphrectomie transpéritonéale. Guérison.** Journal d'Urologie 1919, t. VIII.

BARRET-GUILLOT. — **Rupture transversale et totale du rein droit. Néphrectomie.** Société Anatomique, Paris, 7 Janvier 1926.

CARTRON. — **De la conservation dans les ruptures sous-cutanées du rein.** Thèse de Bordeaux, Janvier 1904.

CHATON. — **Trois observations de ruptures traumatiques du rein. Néphrectomie. Guérison.** Soc. Franc. d'Urol. 14 Mai 1923, Journ. d'Urolog. t. XV N° 6, 1923, p. 468.

CHAVANNAZ ET VILLAR. — **Rupture du rein. Nephrectomie. Guérison.** Journ. de Médecine de Bordeaux, 10 Juil. 1926.

CHEVASSU. — **Bull. et Mém. de la Sté de Chirurgie de Paris,** 16 Janvier 1918.

DELBET. — **Annales des maladies des org. génito-urinaires.** Juin 1901, p. 668.

DUPONT. — **Eclatement du rein droit. Néphrectomie par voie antérieure para-péritonéale. Guérison.** Paris-Chirurgical 1921.

DUPUY. — **Rupture du rein.** Thèse de Toulouse 1926.

FREDET. — **Bull. et Mém. Soc. Chir.** Paris t. XXXIV, N° 36, 8 Déc. 1908, p. 1213-1221.

GARGAM. — **Traumatisme du rein,** Thèse de Paris 1881.

GIBSON (New-York). — **Quatre cas de rupture traumatique du rein chez les enfants. Néphrectomie. Guérison.** Saint Luke's Hospital med. and Surg. Reports t. III, 1911, p. 25-32.

GRAVITZ. — **Archev. für Klinisch Chir.** t. XXXVIII, 1899.

GRIMAULT. — **Rupture traumatique du rein droit. Néphrectomie. Guérison.** Soc. Anat. Paris, 3 Juin 1926.

J. C. JEFFERSON. — **Journal de chirurgie,** Paris, t. XXIII n° 3, Mars 1924.
(**the British Medical** Journal N° 3260, 23 Juin 1923, p. 1053).

LE JEMTEL. — **Bull. et Mém. Soc. Chir.** Paris N° 9, 5 Mars 1912, p. 349.

LARDENNOIS. — **Contribution à l'étude des contusions, déchirures et ruptures du rein.** Thèse de Paris 1907-1908.

LEGUEU. — **Bull. et Mém. Soc. Chir.** Paris, N° 8, 27 Février, N° 9, 5 Mars 1912 et N° 2, 12 Janvier 1918. Journal d'urologie 1923, t. XV. Traité chirurgical d'urologie 1921, t. II.

LEJARS. — **Chirurgie d'urgence** p. 351-356-359.

MARTIN. — **Rupture du rein et déchirure du pédicule rénal. Néphrectomie. Guérison.** Thèse Dupuy, 1926. Toulouse.

MARION. — **Traité d'urologie,** t. I, p. 216.

MORESTIN. — **Bull. et Mém. Soc. Chir.** Paris, t. XXXIV, N° 36, 1908.

LE MONIET. — **Bull. et Mém. Soc. Chir.** Paris N° 8, 27 Février 1912, p. 318.

NIMIER. — **Comptes rendus de la Soc. Chir.** Paris, 8 Juin 1898.

PEYRE et CHAVANNAZ. — **Rupture du rein Néphrectomie. Guérison.** Journ. de méd. Bordeaux, 10 Mai 1926.

DE QUERVAIN. — **Uber Subkutane intraperitonéale Nierenverletzung. Deutsche Zeitschrift für chirurgie.** L. XII. 1901.

DE SMETH (Bruxelles). — Journ. d'urologie 1914, 15 t. VI. **Déchirure traumatique du rein. Néphrectomie. Guérison.**

SANTY et AIGROT. — **Néphrectomie transpéritonéale pour rupture traumatique du rein sans hématurie.** Presse Médicale 1920, p. 438.

SEBILEAU. — Journal de Méd. de Bordeaux 1881, p. 18.

TUFFIER. — **Etudes expérimentales sur la chirurgie du rein et traumatisme du rein.** Arc. gén. de médecine, 1888.

Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, N° 8, 27 Février 1912, p. 322 (discussion de Tuffier).

VONCKEN et REYNDERS (Liège). — **Arch. des maladies des reins,** t. I N° 6, 1er Octobre 1924, p. 671-679.

Imp. Les Presses Modernes. — Paris, Troyes, Barcelone